

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Р.Н. Гринёв

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней

РЕЗЮМЕ

Автором представлен опыт хирургического лечения 82 больных с различными типами синдрома Мириizzi. Наиболее информативными в диагностике синдрома Мириizzi явились ультразвуковое исследование (67,1%) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (58,5%). При подозрении на синдром Мириizzi всем пациентам выполнялась лапароскопическая интраоперационная холангиография, при этом диагностическая ценность данного метода приближалась к 100%. Операцией выбора у больных при синдроме Мириizzi I типа являлась лапароскопическая холецистэктомия. При невозможности лапароскопического оперативного вмешательства и при синдроме Мириizzi II типа предпочтение отдавалось традиционной холецистэктомии с дренированием холедоха либо гепатикоеюноанастомозу по Ру.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь, синдром Мириizzi, ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, лапароскопическая интраоперационная холангиография, лапароскопическая холецистэктомия, гепатикоеюноанастомоз по Ру

Постановка проблемы в общем виде. В эру лапароскопической хирургии, постоянного усовершенствования как лапароскопической техники, так и мастерства хирургов, актуален вопрос – насколько возможна полноценная до- и интраоперационная диагностика и последующая лапароскопическая коррекция значительных анатомо-топографических нарушений, возникающих при различных типах синдрома Мириizzi (СМ).

СМ характеризуется частичным сужением общего печеночного протока в результате воспаления в нём и сдавления извне желчным конкрементом, расположенным в пузырном протоке или шейке желчного пузыря.

Впервые синдром описан Mirizzi P.L. в 1940 году при анализе интраоперационных холангиограмм, сделанных 7 больным с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Он объяснил описанный феномен наличием «физиологического сфинктера общего печеночного протока», что было аксиомой на протяжении многих лет.

Позднее Mirizzi P.L. объяснял развитие описанного им феномена обтурацией общего желчного протока конкрементом, признавая ошибочность первоначальной точки зрения о спазме мышечного сфинктера. Исследования аномалий развития желчных протоков позволило сформулировать основные закономерности, характерные для СМ:

- Анатомические аномалии строения и слияния пузырного протока с общим печеночным протоком.
- Влияние желчного конкремента, расположенного в пузырном протоке или шейке желчного пузыря.
- Частичное сужение общего печеночного протока вследствие сдавления извне.

- Развитие восходящего холангита или вторичного склерозирующего холангита с частичным сужением общего печеночного протока.

По данным литературы СМ диагностируется у 2,7-5% больных с различными формами ЖКБ [2, 3].

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями. Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина “Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки” № госрегистрации 0100U005308.

Анализ последних исследований и публикаций. В последнее время большое внимание уделяется классификации СМ, методам дооперационной диагностики, а также различным методам хирургической коррекции, в том числе с использованием видеолапароскопической техники. При этом различными авторами предложено несколько классификаций СМ. Имеются существенные разногласия в эффективности различных методов обследования для выявления СМ [1, 3, 4, 6].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Нами не найдено работ, посвященных комплексному исследованию возможностей современных методов диагностики (ультразвукового исследования (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), лапароскопической интраоперационной холангиографии (ЛИХГ)) и подходов к хирургической коррекции СМ с использованием видеолапаро-

скопической техники. Очень важна дооперационная диагностика СМ, позволяющая предупредить случайное повреждение внепеченочных желчных протоков во время операции [3, 4, 5].

Целью работы явилась разработка эффективного комплекса до- и интраоперационного обследования пациентов с ЖКБ для диагностики СМ с указанием его типа. На основании полученной информации предложить оптимальные оперативные вмешательства в зависимости от типа выявленного СМ, а также оценить их эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В хирургической клинике Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина на базе Дорожной клинической больницы станции Харьков Южной железной дороги с апреля 1994 года выполнено 3125 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) при различных формах ЖКБ. СМ установлен у 82 больных, что составило 2,6%. Женщин было 59 (71,9%), мужчин – 23 (28,1%). Возраст больных составил от 32 до 78 лет.

Распределение больных в зависимости от формы воспаления желчного пузыря было следующим: хронический холецистит – 47 больных, острый холецистит – 35, в том числе: острый катаральный холецистит – 19, острый флегмонозный холецистит – 11 и острый гангренозный холецистит – у 5 больных.

Все больные подвергались общеклиническому обследованию, проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. По показаниям выполнялись ирригография, ректороманоскопия, колоноскопия. УЗИ желчного пузыря, внутри- и внепеченочных желчных протоков, печени и её ворот, поджелудочной железы, а также области желудка и двенадцатиперстной кишки производили с использованием аппаратов Sonoace 4 800 фирмы Medison и Philips HDI 4000, в режиме реального времени. Использовали линейные и секторальные датчики с частотой 3,5 МГц, а также доплеровский и энергетический датчики.

В анамнезе у 54 пациентов с СМ были эпизоды механической желтухи. Следует отметить, что в результате возникшего воспаления в желчном пузыре происходит сдав-

ление и нарушение проходимости общего печеночного или общего желчного протоков. Всем больным с механической желтухой в анамнезе была произведена ЭРХПГ. При этом у 12 пациентов исследование выполнить не удалось вследствие анатомических вариантов строения двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска. Еще у 7 пациентов ЭРХПГ оказалась неинформативной для установления окончательного диагноза. Поэтому в клинике была принята тактика с обязательным выполнением ЛИХГ у пациентов с механической желтухой при поступлении или в анамнезе, расширении общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышении уровня общего билирубина и его фракций, повышенных показателях АСТ, АЛТ и ЩФ.

ЛХЭ выполняли по общепринятой методике в условиях пневмоперитонеума из 4 троакарных точек. Диагноз СМ устанавливали интраоперационно при ревизии шейки желчного пузыря, элементов треугольника Кало, гепатодуоденальной связки и её элементов. Также диагноз верифицировали по результатам ЛИХГ, которую выполняли через надсеченный пузырный проток до выполнения холецистэктомии. Основываясь на данных УЗИ и ЭРХПГ, полученных до операции, а также субоперационных данных, определяли дальнейшую тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценивая результаты УЗИ, которое было выполнено до операции, следует отметить, что использование новейшего ультразвукового сканера Philips HDI 4000 позволило у 55 (67,1%) пациентов установить диагноз СМ. При оценке эхограмм нами придавалось значение размерам и расположению конкремента в желчном пузыре, интимному прилеганию гартмановского кармана с расположенным в нем конкрементом к правому либо общему печеночным протокам, признакам сдавления конкрементом общего желчного протока, наличию расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков (рис.1,2). При оценке результатов ЭРХПГ патогномичным для СМ считали характерное сдавление извне общего желчного протока, либо наличие холецистохоледохолеального свища, что было установлено у 48 (58,5%) больных.



Рис. 1. Эхографическая картина при CM I типа.



Рис. 2. Эхографическая картина при CM II типа.

Нами выделено два типа CM. CM I типа – камень, вклиненный в пузырный проток и в шейку желчного пузыря, со сдавлением общего печеночного или общего желчного протоков был диагностирован у 64 (78%) пациентов (рис.3). CM II типа был представлен сформированным холецистохоледохальным свищом у 18 (22%) больных (рис.4). Окончательный диагноз был подтвержден

интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ЛИХЭ, эффективность которой в нашем исследовании достигала 100%.

Выделяемые некоторыми авторами другие морфологические типы CM [3] (рис.5,6) мы в своей клинической практике не встретили.



Рис. 3. CM I тип.



Рис. 4. CM II тип.



Рис.5. CM III тип.



Рис. 6. CM IV тип.

При CM I типа мы выполняли ЛХЭ. При этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, однако при хорошем знании топографо-анатомических вариантов строения образований в зоне гепатодуоденальной связки и тщательных, бережных манипуляциях, ЛХЭ оказалась успешной у 54 (65,9%) больных.

У 10 пациентов после лапароскопической ревизии подпеченочного пространства выполнение ЛХЭ было признано рискованным без попыток выделения пузырного протока и пузырной артерии (плотный инфильтрат, обширный спаечный процесс в зоне треугольника Кало). У этих больных была осуществлена конверсия к традиционной (открытой) холецистэктомии.

В 18 случаях сформированного холецисто-холедохального свища (II тип CM) выполнялась холецистэктомия с интраоперационной холангиографией, санация холедоха и промывание растворами антисептика. Оперативное вмешательство завершали пластикой холедоха на Т-образном дренаже при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока (5 случаев).

При больших размерах дефекта предпочтение отдавали созданию билиодигестивного анастомоза. В 6 случаях было произведено наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и 7 больным произвели гепатикоеюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру. Следует отметить, что при оценке отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств, наилучшие результаты были получены у пациентов, которым производилось выполнение гепатикоеюностомии с анастомозом по Ру.

У пациентов, которым выполнялась ЛХЭ, не отмечалось послеоперационных осложнений. В случае выполнения оперативного вмешательства через традиционный (лапаротомный) доступ у 2 пациентов отмечалось нагноение операционной раны и у 3 – послеоперационная пневмония. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

1. Наличие в анамнезе у пациентов с ЖКБ механической желтухи, расширения общего желчного протока по данным УЗИ свыше 10 мм, повышении уровня общего билирубина и его фракций, повышенных

- показателях АСТ, АЛТ и ЩФ служит показанием к проведению углубленного обследования для установления СМ.
2. Наибольшей ценностью при диагностике СМ обладают, по нашим данным, УЗИ (67,1%) и ЭРХПГ (58,5%).
 3. При подозрении на СМ всем пациентам показано выполнение ЛИХГ, при этом диагностическая ценность данного метода приближается к 100%.
 4. Операцией выбора у больных при СМ I типа является ЛХЭ. При невозможности лапароскопического оперативного вмешательства и при СМ II типа предпочтение следует отдавать традиционной холецистэктомии с дренированием холедо-

ха либо гепатикоюноанастомозу по Ру.

Перспектива дальнейших исследований в данном направлении. Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении СМ позволит избежать большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту перехода на лапаротомию при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеоттока. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммосов А.Б., Дмитриев В.В., Гужва А.В. // Эндоскопическая хирургия. 2003. № 1. С. 20-22.
2. Брехов Е.И., Брыков В.И., Аксенов И.В., и др. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2000. № 2. С. 13-16.
3. Ничитайло М.Ю., О.П. Кондратюк, Булик И.И. // Клінічна хірургія. 2003. № 4-5. С. 72.
4. Ревякин В.И., Селиваненко А.В. // Эндоскопическая хирургия. 2001. № 1. С. 48-49.
5. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. и др. // Эндоскоп. хирургия. 2001. № 1. С. 28-31.
6. Стукало А.А. // Мат. III конгр. ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Москва. 2003. С. 202-203.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ

Р.М. Гриньов

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра хірургічних хвороб

РЕЗЮМЕ

Автором представлений досвід хірургічного лікування 82 хворих з різними типами синдрому Мірізі. Найбільш інформативними в діагностиці синдрому Мірізі були ультразвукове дослідження (67,1%) і ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (58,5%). При підозрі на синдром Мірізі всім пацієнтам виконувалась лапароскопічна інтраопераційна холангіографія, при цьому діагностична цінність даного методу наближалась до 100%. Операцією вибору у хворих при синдромі Мірізі I типу була лапароскопічна холецистектомія. При неможливості лапароскопічного оперативного втручання і при синдромі Мірізі II типу перевага віддавалась традиційній холецистектомії з дрениванням холедоха або гепатикоюноанастомозу за Ру.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: жовчнокам'яна хвороба, синдром Мірізі, ультразвукове дослідження, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, лапароскопічна інтраопераційна холангіографія, лапароскопічна холецистектомія, гепатикоюноанастомоз за Ру

DIAGNOSTICS AND SURGICAL CORRECTION MIRIZZI SYNDROME

R.N. Gryniov

V.N. Karazin Kharkiv National University, Department of surgical diseases

SUMMARY

Author presents an experience of the surgical treatment of 82 patients with different types of the Mirizzi syndrome. Most informative in diagnostics of the Mirizzi syndrome were sonography – 67,1% and endoscopic retrograde cholangiopancreatography – 58,5%. At a suspicion on Mirizzi syndrome all patients were performed laparoscopic intraoperative cholangiography, herewith diagnostic value of this method approached to 100%. The operation of the choice in patients with syndrome Mirizzi type I was laparoscopic cholecystectomy, by impossibility of laparoscopic operations and at syndrome Mirizzi type II preference was given to traditional cholecystectomy with draining of choledoch, or to Roux's hepaticojejunostomy.

KEY WORDS: gallstone disease, sonography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, laparoscopic intraoperative cholangiography, laparoscopic cholecystectomy, Roux's hepaticojejunostomy